

آپاندیسیت حاد در سالمندان

بررسی تابلوی بالینی، مشکلات تشخیصی، عوارض، و مرگ و میر

در ۹۷ بیمار در مرکز آموزشی، درمانی لقمان حکیم، ۱۳۷۶-۱۳۸۳

دکتر روح‌الله یگانه*، دکتر اسماعیل حاجی‌نصرالله**، دکتر غزاله پرنیان***،

دکتر مینا احمدی***، دکتر محمد بشاشتی***

چکیده:

زمینه و هدف: آپاندیسیت حاد در سالمندان با میزان بالای عوارض و مرگ و میر همراه است. تابلوی بالینی در این بیماران گاهاً متفاوت است. در این مطالعه تابلوی بالینی، مشکلات تشخیصی، عوارض و مرگ و میر سالمندان مبتلا به آپاندیسیت حاد در بیمارستان لقمان حکیم از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ضمن بررسی فرم ثبت اطلاعاتی بیمارانی که در بیمارستان لقمان حکیم تهران در فاصله زمانی مذکور تحت آپاندکتومی قرار گرفته بودند، اطلاعات مربوط به افراد بالای ۵۵ سال استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این فاصله زمانی اطلاعات ۱۸۴۳ مورد آپاندکتومی ثبت شده بود، که ۹۷ مورد در گروه سنی ۵۵ سال یا بالاتر قرار داشتند (۵/۳ درصد) (۵۸ مورد مذکر و ۳۹ مورد مؤنث). در این گروه ۵۰ مورد با علائم غیرتیبیک شکم حاد مراجعه کرده بودند. فاصله زمانی شروع علائم تا انجام مداخله جراحی به طور میانگین ۵۶/۳۸ ساعت به دست آمد. برش جراحی به کار رفته در ۵۱ مورد از نوع خط وسط بوده است. عوارض زودرس بعد از عمل جراحی در ۸ مورد مشاهده شد. در ۵۰ مورد آپاندیسیت در مرحله پیشرفته بوده است. هیچ کدام از بیماران گزارش پاتولوژی مبنی بر وجود کانسر نداشتند. میزان مرگ (Mortality) ۲ مورد بود، که در یک مورد نارسایی احتقانی قلب و مورد دیگر در بیماری با انفارکتوس قلبی رخ داد.

نتیجه‌گیری: در تمام سالمندان که با تابلوی شکم حاد جراحی مراجعه می‌کنند باید آپاندیسیت حاد را به عنوان تشخیص افتراقی در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: آپاندیسیت حاد، سالمندان، عوارض، مرگ و میر

زمینه و هدف

آپاندیسیت حاد یک بیماری شایع جراحی است که حدود ۷ درصد افراد را می‌تواند در طول عمر مبتلا سازد. این عارضه به علت انسداد مجرای آپاندیس و عفونت متعاقب آن ایجاد می‌شود.^۱

نویسنده پاسخگو: دکتر روح‌الله یگانه

تلفن: ۵۵۴۱۹۳۹۰

Email: Yeganeh33_r@Yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش جراحی عمومی

** دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش جراحی عمومی

*** پزشک عمومی، پژوهشگر گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۰۸/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۱۱/۰۷

www.SID.ir

زودرس (Early Acute App) و آپاندیسیت حاد چرکی (Acute Suppurative App) بود. مرحله پیشرفته شامل موارد پرفوره، گانگرنه و توده آپاندیکولار بودند. با توجه به اینکه ثبت بیمارانی که تحت آپاندکتومی قرار می‌گیرند در قالب فرم ثبت اطلاعاتی نرم افزار SPSS بود از ویرایش دوازدهم آن جهت تجزیه و تحلیل داده‌های موجود استفاده گردید. یافته‌ها بر حسب نوع متغیر به صورت فراوانی و توزیع فراوانی گزارش شدند. در این مطالعه از تست آماری خاصی استفاده نگردید و صرفاً به توصیف آماری یافته‌ها پرداخته شد.

یافته‌ها

از سال ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۸۳، اطلاعات ۱۸۴۳ مورد آپاندکتومی در بیمارستان لقمان ثبت شده بود، که ۹۷ مورد در گروه سنی ۵۵ سال یا بالاتر قرار داشتند (۵/۳ درصد). از تعداد فوق ۵۸ مورد مذکر و ۳۹ مورد مؤنث بودند.

۴۷ مورد از بیماران با علائم تپیک آپاندیسیت حاد و ۵۰ مورد با علائم غیر تپیک شکم حاد مراجعه کرده بودند. از میان بیماران با تظاهرات غیر تپیک ۲۰ مورد با پرفوراسیون و پریتونیت منتشر مراجعه کرده بودند.

در مطالعه ما حدود ۳۱ درصد افراد بعد از ۴۸ ساعت از شروع علائم مراجعه کرده بودند. فاصله زمانی شروع علائم تا مراجعه به پزشک به طور میانگین ۴۳/۳ ساعت (انحراف معیار ۲۷) عنوان شد. این مقدار در بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد پیشرفته ۵۵/۶ ساعت (انحراف معیار ۲۰) بود.

فاصله زمانی شروع علائم تا انجام مداخله جراحی به طور میانگین ۵۶/۴ ساعت (انحراف معیار ۲۴) به دست آمد که در بیماران مبتلا به آپاندیسیت پیشرفته برابر با ۷۰/۷ ساعت (انحراف معیار ۳۱) بود. این مقدار در حدود ۱۴ ساعت از گروه ساده طولانی‌تر بود. بیماران به طور متوسط از زمان مراجعه به بیمارستان تا زمان بستری و انجام عمل جراحی ۹ ساعت تحت نظر گرفته شده بودند.

در این مطالعه ۴۲ بیمار دارای شمارش طبیعی سلول‌های خونی بودند. ۵۵ بیمار لکوسیتوز ($WBC \geq 10000/ml$) داشتند که از این میان در ۸ نفر گلبول‌های سفید خون بالاتر از ۱۸۰۰۰ در میلی‌لیتر بود.

در صورتیکه در مبتلایان به آپاندیسیت حاد عمل جراحی آپاندکتومی در اسرع وقت انجام نگیرد، گانگرن و پارگی در بافت جدار آپاندیس ایجاد خواهد شد.^۲

علیرغم بهبود حاصله در وضعیت مرگ و میر این بیماران در سنین بالا، همچنان آپاندیسیت به عنوان یک معضل تشخیصی در میان سالمندان (افراد بالای ۵۵ سال) محسوب می‌شود.^۳

امروزه شیوع آپاندیسیت در سالمندان رو به افزایش است. بر اساس آمارهای منتشره نزدیک به ۱۰ درصد موارد آپاندیسیت حاد در سنین بالا و نیمی از موارد مرگ ناشی از آن در این گروه سنی اتفاق می‌افتد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به آپاندیسیت حاد با سن بالا در گروه جداگانه‌ای از سایر بیماران مورد بررسی قرار گیرند.^{۴ و ۵} در سال‌های اخیر، مطالعات محدودی اختصاصاً به بررسی جنبه‌های بالینی، مشکلات تشخیصی و پیش‌آگهی آپاندیسیت حاد در جامعه سالمندان پرداخته‌اند. لیکن مطالعه خاصی در این خصوص از جامعه ما انتشار نیافته است.^{۶ و ۷} در این مطالعه بر آن بوده‌ایم که به بررسی یافته‌های بالینی، مشکلات تشخیصی، عوارض و پیش‌آگهی آپاندیسیت حاد در سالمندان مراجعه کننده به یک مرکز درمانی دانشگاهی در شهر تهران بپردازیم.

مواد و روش‌ها

در بیمارستان لقمان حکیم از سال ۱۳۷۶ اطلاعات بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد شامل پارامترهای دموگرافیک، بالینی، پاراکلینیکی و درمانی در فرم ثبت اطلاعاتی از پیش طراحی شده ثبت می‌گردید و اطلاعات فوق به Database کامپیوتری تبدیل می‌شد. در این مطالعه توصیفی ضمن بررسی اطلاعات (Database) بیمارانی که در بیمارستان لقمان حکیم تهران در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳ تحت آپاندکتومی قرار گرفته بودند، اطلاعات مربوط به افراد بالای ۵۵ سال استخراج و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

در این مطالعه پارامترهایی همچون، تشخیص قبل از عمل جراحی، تشخیص بعد از عمل جراحی، تابلوی بالینی بیمار در بدو مراجعه (Typical یا Atypical)، مدت زمان تحت نظر بودن قبل از عمل، نوع اقدام پاراکلینیکی تشخیصی، نوع برش جراحی (خط وسط / عرضی) و مرگ و میر احتمالی بر حسب مرحله آپاندیسیت (ساده - پیشرفته) مورد بررسی قرار گرفتند. مرحله ساده شامل آپاندیسیت حاد

مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۵۰-۷۰ درصد بیماران در سنین بالا با علائم غیر تیپیک مراجعه می‌کنند. علت این مسأله می‌تواند تقلید تابلوی بالینی بیماری‌های دیگر و یا وجود بیماری‌های همراه در این سنین باشد.^{۵۴}

پرفوراسیون در ۲۱ درصد بیماران مشاهده شد. در سایر مطالعات این میزان از ۲۶ درصد تا ۷۲ درصد گزارش شده است. آمار بالای پرفوراسیون در سالمندان می‌تواند برخاسته از تغییرات آناتومیکی و فیزیولوژیکی و تأخیر در مراجعه باشد.^{۵۴ و ۵۷}

در مطالعه ما حدود ۳۱ درصد افراد بعد از ۴۸ ساعت از شروع علائم مراجعه کرده بودند. بر اساس مطالعه Lee و همکاران این مقدار برابر ۲۷ درصد و در مطالعه Dickerson ۳۰ درصد بوده است.^{۵۵} محققین بر این باورند که این تأخیر مراجعه ناشی از آستانه بالای درد در این سنین و ارتباط دادن مسأله با مواردی همچون یبوست و سوء هاضمه در این افراد می‌باشد. در درجه بعدی عواملی همچون مشکلات دسترسی به خدمات درمانی را در این مسأله دخیل دانسته‌اند.^{۵۴}

به طور میانگین بیماران به مدت ۹ ساعت، جهت تشخیص و سپس مداخله جراحی تحت نظر گرفته شده بودند که با نتیجه مطالعه Lee و همکاران معادل ۹/۴ ساعت تطابق دارد.^{۵۵} تظاهرات آتیپیک، تأخیر در مشاوره جراحی توسط پزشک اورژانس، تأخیر در استفاده به موقع از وسایل تشخیصی کمکی می‌توانند عامل تأخیر در انجام جراحی به موقع در این بیماران باشند.^۲

مطالعات قبلی و مراجع بر این نکته اذعان داشته‌اند که لکوسیتوز در سالمندان نسبت به افراد جوانتر دارای ارزش تشخیصی کمتری می‌باشد و مطالعات اخیر نشان داده‌اند لکوسیتوز به تنهایی دارای حساسیت و ویژگی پایینی در تشخیص آپاندیسیت حاد برخوردار است. در مطالعه ما فقط حدود نیمی از بیماران لکوسیتوز نداشتند.^{۱۰۹}

در این مطالعه، در هیچ یک از بیماران از CT Scan استفاده نشده بود. در مطالعه Dickerson استفاده از CT Scan در سال‌های ۱۹۸۸-۱۹۷۸ نادر و در سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۸۸، ۴۶ درصد عنوان شده بود و به طور واضحی تشخیص آپاندیسیت در سالمندان را افزایش و از میزان پاره‌شدگی آپاندیس کاسته بود.^۱

سونوگرافی در ۴۹ مورد انجام شده بود که در ۴۶ مورد اطلاعاتی به نفع تشخیص آپاندیسیت حاد و در سایر موارد نرمال گزارش گردیده بود. در هیچ کدام از بیماران برای رسیدن به تشخیص CT Scan انجام نشده بود.

آپاندیسیت حاد قبل از عمل جراحی در ۷۷ نفر از بیماران شامل (۴۶ مورد آپاندیسیت حاد زودرس و ۳۱ مورد پریتونیت منتشر) مطرح شده بود. در ۲۰ مورد با تشخیص شکم حاد لاپاراتومی گردیدند.

برش جراحی به کار رفته در ۴۶ مورد از نوع عرضی و در ۵۱ مورد از نوع لاپاراتومی خط وسط بود.

عوارض زودرس بعد از عمل جراحی در ۸ مورد مشاهده شد، شامل: ۴ مورد عفونت زخم (در انسیزیون عرضی) و ۴ مورد جداشدگی زخم (در انسیزیون خط وسط). آبسه و ایلئوس در هیچ کدام از موارد مشاهده نشد.

بر اساس یافته‌های حین عمل و تأیید پاتولوژی بعد از عمل جراحی در ۴۷ مورد آپاندیسیت حاد ساده و در ۵۰ مورد آپاندیسیت پیشرفته مشاهده شد. هیچ کدام از بیماران گزارش پاتولوژی مبنی بر وجود کانسر نداشتند.

مرگ در ۲ مورد مشاهده گردید. یک مورد در بیماری با نارسایی احتقانی قلب و مورد دیگر در بیماری با انفارکتوس قلبی اخیر اتفاق افتاده بود.

بحث

هر چند تصور اغلب متخصصین بر این است که آپاندیسیت حاد بیماری مختص جوانان می‌باشد ولی در سالمندان ناشایع نیست.^۱

بر اساس آمارهای موجود آپاندیسیت حاد سالمندان در مقایسه با سن شایع بروز آن با تابلوی بالینی غیر تیپیک و عوارضی بیشتر ظاهر می‌شود.^{۵۳}

آپاندیسیت حاد در سالمندان اغلب با پیش‌آگهی ضعیف ظاهر می‌گردد. بر اساس آمارهای موجود میزان عوارض در این گروه سنی به طور چشمگیری بیشتر است.^{۵۳ و ۱}

بر اساس مطالعات مختلف شیوع این بیماری در سنین بالا از ۴/۵ تا ۱۰ درصد گزارش شده است که با نتایج ما همخوانی دارد.^{۱ و ۹۶} ترکیبی از تأخیر در مراجعه، مشکلات تشخیصی، تأخیر در مداخله جراحی و تفاوت‌های احتمالی موجود در پاتوفیزیولوژی ایجاد آن در سالمندان در بروز عوارض آپاندیسیت حاد در سنین بالا نقش دارد.^۱

Anthony و همکاران در کشور آمریکا هفت مورد کانسر آپاندیس، شش مورد از نوع آدنوکارسینوم و یک مورد از نوع Mixed Tumor تشخیص داده شده بودند.^{۱۳} شاید علت این اختلاف، شیوع بیشتر کانسر کولون در جامعه غرب باشد.

در مطالعه ما میزان مرگ بیماران در حد ۲ درصد بود. این بیماران دارای مشکلات زمینه‌ای قلبی عروقی (شامل یک مورد نارسایی احتقانی قلبی و یک مورد انفارکتوس قلبی) و آپاندیسیت پرفوره بودند. در سه مطالعه اخیر میزان مرگ به ترتیب ۲/۳ درصد،^۵ ۴ درصد^۱ و ۵/۵ درصد^۴ گزارش شده است. این آمار در مقایسه با میزان مرگ در افراد جوان (۰/۸-۰/۲ درصد) بسیار بالاست. مشکلات زمینه‌ای در افراد پیر به همراه تشخیص دیررس و بروز عوارض از جمله پرفوراسیون و بروز سپسیس شکمی در ایجاد آن مؤثر است.^{۱۵}

نتیجه‌گیری

در تمام سالمندان که با تابلوی شکم حاد جراحی مراجعه می‌کنند باید آپاندیسیت حاد را به عنوان تشخیص افتراقی در نظر داشت و جهت تشخیص زودرس با انجام اقدامات پاراکلینیک مناسب از میزان عوارض و مرگ و میر ناشی از تشخیص نادرست و دیررس جلوگیری نمود.

در مطالعه ما حدود ۲۰ درصد بیماران تشخیص اولیه مشخص نداشتند و با برش خط وسط تحت عمل جراحی قرار گرفتند. در مطالعه Lee و همکاران و همچنین Gurleyik و همکاران به ترتیب ۱۹ درصد و ۲۸/۴ درصد بیماران با تشخیص نامشخص قبل از عمل با برش خط وسط تحت عمل قرار گرفتند. این نتایج با نتیجه به دست آمده از مطالعه ما مطابقت دارند.^{۴،۵} میزان بالای برش خط وسط در سالمندان می‌تواند نشأت گرفته از عدم تشخیص دقیق در بدو مراجعه و حین پیگیری این بیماران باشد.^{۱۵،۱۶}

برش خط وسط، از آنجائیکه در موارد پرفوراسیون و یا عوارض ناشی از آنها کاربرد دارند و همین‌طور وسیله‌ای برای تشخیص علت نامعلوم شکم حاد هستند با میزان Morbidity بیشتری نسبت به برش‌های عرضی همراهی دارند.^۵

در مطالعه ما میزان کلی عوارض زودرس بعد از عمل جراحی حدود ۸ درصد استخراج شد. در صورتیکه موارد پرفوراسیون را به این مقدار اضافه می‌کردیم این مقدار به حدود ۲۹ درصد می‌رسید. در مطالعات دیگر با احتساب موارد پرفوراسیون عوارض از ۲۸-۶۰ درصد گزارش شده است.^{۱۷،۱۸،۱۹}

در این مطالعه، هیچ کدام از بیماران، گزارش پاتولوژی مبنی بر کانسر همراه نداشتند که با نتیجه مطالعه Lee و همکاران^۵ در هنگ‌کنگ مطابق است. در حالیکه در مطالعه

Abstract:

Acute Appendicitis in Elderly Patients

**Evaluation Clinical Manifestations, Diagnostic Problems,
Morbidity, and Mortality in Loghman Hakim Hospital, 1997-2004**

Yeganeh R. MD^{}, Hajinasrollah E. MD^{**}, Parnian G. MD^{***},
Ahmadi M. MD^{***}, Bashashati M. MD^{***}*

Introduction & Objective: The acute appendicitis in the elderly is associated with high morbidity and mortality rates. Moreover, clinical manifestations might be different in these patients. The aim of this study was assessment of clinical manifestations, diagnostic problems, morbidity, and mortality among patients aged 55 or above, in Loghman Hakim hospital from 1997- 2004.

Materials & Methods: In this descriptive study we evaluated registries of patients with history of appendectomy aged 55 or above.

Results: During this period 1843 appendectomies had been registered in Loghman Hakim hospital. 97 cases were 55 year-old or older [58 male/ 39 female]. 50 cases presented with atypical appendicitis. The mean delay between initiation of pain and appendectomy was 56.38 hours. The surgical incision was midline in 51 cases. Early complications were detected in 28 patients. 50 patients had advanced appendicitis. None of the patients had appendicular neoplasm. Two patients who died had a sever cardiovascular co morbid condition prior to developing acute appendicitis. Two patients who died, one with history of congestive heart failure, and another with recent myocardial infarction.

Conclusions: In all old Patients who presented with acute abdominal pain, the diagnosis of acute appendicitis, have to be kept in mind.

Key Words: Acute Appendicitis, Elderly, Complications, Mortality, Morbidity

** Assistant Professor of General Surgery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

** Associate Professor of General Surgery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

*** General Practitioner, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran*

References:

1. Storm-Dickerson TL, Horattas MC. What have we learned over the past 20 years about appendicitis in the elderly? *Am J Surg* 2003; 185(3): 198-201.
2. Chung CH, Ng CP, Lai KK. Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2000; 6(3): 254-259.
3. Appendicitis in elderly patients. *Br Med J* 1970; 3(716): 177.
4. Gurleyik G, Gurleyik E. Age-related clinical features in older patients with acute appendicitis. *Eur J Emerg Med* 2003; 10(3): 200-203.
5. Lee JF, Leow CK, Lau WY. Appendicitis in the elderly. *Aust N Z J Surg* 2000; 70(8): 593-596.
6. Horattas MC, Haught R. Managing appendicitis in the elderly patient. *AORN J* 1992; 55(5): 1282-1285.
7. McCallion J, Canning GP, Knight PV, et al. Acute appendicitis in the elderly: a 5-year retrospective study. *Ageing* 1987; 16(4): 256-260.
8. Freund HR, Rubinstein E. Appendicitis in the aged. Is it really different? *Am Surg* 1984; 50(10): 573-576.
9. Lau WY, Fan ST, Yiu TF, et al. Acute appendicitis in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161(2): 157-160.
10. Paajanen H, Kettunen J, Kostiaainen S. Emergency appendectomies in patients over 80 years. *Am Surg* 1994; 60(12): 950-953.
11. Burns RP, Cochran JL, Russell WL, et al. Appendicitis in mature patients. *Ann Surg* 1985; 201(6): 695-704.
12. Ryden CI, Grunditz T, Janzon L. Acute appendicitis in patients above and below 60 years of age. Incidence rate and clinical course. *Acta Chir Scand* 1983; 149(2): 165-170.
13. Todd RD, Sarosi GA, Nwariaku F, et al. Incidence and predictors of appendiceal tumors in elderly males presenting with signs and symptoms of acute appendicitis. *Am J Surg* 2004; 188(5): 500-504.

Archive of SID